

Critères de notification
<p>Tableau clinique évocateur de peste quelle que soit la forme clinique confirmé par le Centre national de référence de la peste et autres yersinioles (confirmation nécessaire pour la déclaration internationale)</p>

Important : Cette maladie doit faire l'objet d'un **signalement immédiat** au médecin désigné de l'ARASS, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

<p>Polynésie française Ministère chargé de la santé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale</p> <p>Maladie à déclaration obligatoire</p> <h2 style="text-align: center;">PESTE</h2>

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Etablissement/service :	Etablissement/service :
Adresse :	Adresse :
Tel/Fax :	Tel/Fax :
Signature :	

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement <input type="text"/>
Nom, tampon et signature :

Nom : Prénom : Sexe : M F DDN Numéro DN

Adresse géographique : Commune de résidence : Tel :

Date de notification Code d'anonymat (à remplir par la DS)

Date de notification Code d'anonymat (à remplir par la DS)

Sexe : F M Age : ans ou mois Commune de résidence : Ile / Pays :

Clinique :

Date des premiers signes :

Signes cliniques : Lymphadénite Pneumonie Septicémie

Hospitalisation : Oui Non Si oui, date : lieu :

Evolution : encore malade guérison décès Si décès, date :

Confirmation biologique :

Date :

Isolement Oui Non Type de prélèvement :

Sérologie Oui Non

PCR Oui Non

Confirmation par le CNR : Oui Non Date :

Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : Oui Non

Si oui, préciser pays : localité :

date du retour en Polynésie française : moyen de transport :

Autres malades dans l'entourage : Oui Non Si oui, nombre :

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

1

2

3

Prophylaxie :

Isolement du malade : Oui Non

Autres malades dans l'entourage : Oui Non

Si oui, nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé :

Chimiothérapie des contacts : Oui Non

Si oui, nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé :